

ANNÉE 1932

450

DOCTEUR MIKE LOUKA

de la Faculté de Médecine de Paris

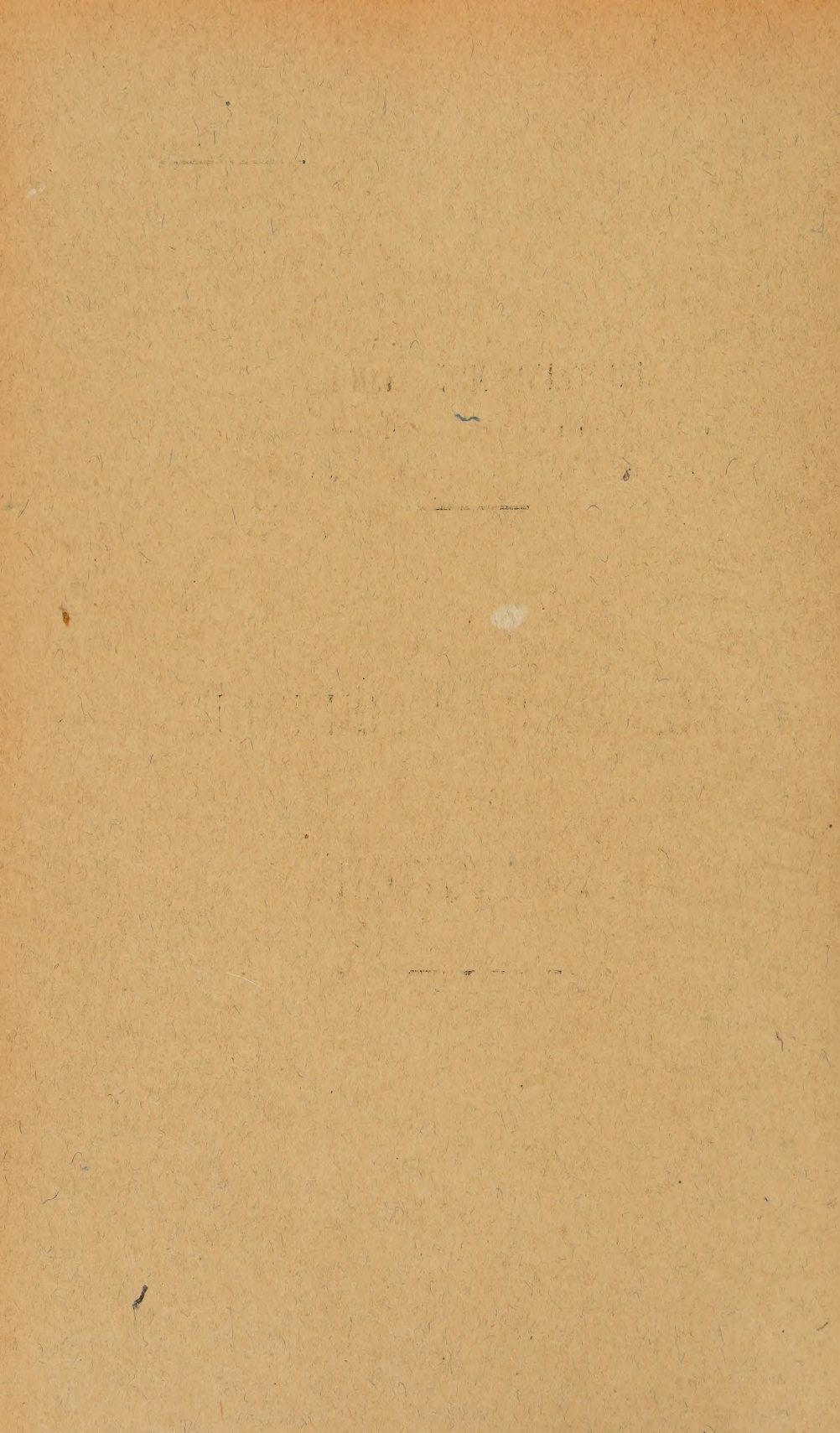
Interne des Hôpitaux de Reims

INDICATIONS ET TECHNIQUES

DE LA

GASTRECTOMIE

1932



CH. 10
ART. 10
TABLEAU DES LOIS

ART. 10

CH. 10

INDICATEUR

ART. 10

ART. 10

ART. 10

POUR LE

ART. 10

ART. 10

ART. 10



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547119_0016

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

No

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(Mention Médecine)
PAR
Mike Louka
Né le 11 Février 1906 à Fannagousta (Ile de Chypre)

INDICATIONS et TECHNIQUES
de la
GASTRECTOMIE

Président : M. CUNÉO, Professeur



IMPRIMERIE MATOT-BRAINE
REIMS
1932

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	Maurice VILLARET
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FIESSINGER.

Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LÈREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. .	Neurologie et Psychiatrie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) . .	Pathologie médicale.
SANNIÉ	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER . .	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. .	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.	Physique.
DONZELOT. . . .	Pathologie médicale.
EGALLE	Obstétrique.
FEY.	Urologie.
GARNIER.	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER. . . .	Pathologie chirurgicale.
GIDOU	Histologie.
HARVIER.	Pathologie médicale.
HOVELACQUE . .	Anatomie.
HUTINEL.	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.

MM.

JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN. . . .	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI . .	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
MONDOR.	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.	Pathologie médicale.
MOULONGUET. .	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER.	Anatomie.
PIÉDELIEVRE . .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL. . . .	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE.	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

MM.

GUÉNIOT.	Obstétrique.
LEQUEUX.	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.

MM.

RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.
LEROUX.	Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	CHEVASSU	} Clinique chirurgicale. (suite)
CHIRAY		HEITZ-BOYER..	
DEBRÉ.		MATHIEU.	
DUVOIR		MOCQUOT	
		PROUST	} Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	SCHWARTZ	
		LE LORIER....	
		LEVY-SOLAL ..	
		METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopé- dique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Education physique.
WEIL-HALLÉ.	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ANNÉE 1932

DOCTEUR MIKE LOUKA

de la Faculté de Médecine de Paris

Interne des Hôpitaux de Reims

INDICATIONS ET TECHNIQUES

DE LA

GASTRECTOMIE

A MES PARENTS ET A TOUS MES PROCHES.

A MES AMIS,

A MON PLUS CHER MAITRE,

Monsieur le Docteur BOUVIER
Chirurgien des Hôpitaux de Reims

Qui a bien voulu m'inspirer le sujet de cette
thèse et me guider dans sa rédaction.

Vers lui va toute ma reconnaissance pour ses
premières leçons de chirurgie et du chaleureux
accueil qu'il m'a toujours témoigné.

A MON CHER MAITRE,

Monsieur le Docteur TECHOUEYRES
Professeur à l'Ecole de Médecine de Reims
Directeur du Centre Anticancéreux

Dont je garde une profonde reconnaissance
pour le soutien moral et les nombreux services
qu'il m'a rendus.

A MON CHER MAÎTRE,

Monsieur le Docteur LEDOUX
Chirurgien des Hôpitaux de Reims

En témoignage de ses judicieux conseils et de
son appui moral.

A MES MAÎTRES de l'Ecole de Médecine
et des Hôpitaux de Reims

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

Monsieur le Docteur CUNÉO
*Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien des Hôpitaux de Paris*

INTRODUCTION

La discussion s'est ouverte il y a plus de vingt ans, entre les partisans des résections plus ou moins étendues et les partisans de la simple dérivation gastro-jéjunale, dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux.

Mais cette discussion n'a pris toute son ampleur et toute sa signification que pendant ces dix dernières années, au sein des sociétés savantes et dans les congrès de chirurgie, tant en France qu'à l'étranger « gastrectomiseurs » et « gastro-entérostomiseurs » ont pu s'affronter librement et comparer, en se basant sur de nombreuses statistiques, les résultats immédiats et éloignés obtenus par leurs techniques réciproques.

Et il paraît évident que les partisans de la gastro-entérostomie, malgré sa rapidité et sa simplicité d'exécution, tend de plus en plus à céder le pas à la résection, incontestablement plus longue, plus difficile et plus grave, dont les suites immédiates et lointaines sont infiniment meilleures et plus exemptes de complications.

Et c'est ainsi que beaucoup de chirurgiens, restés longtemps fidèles à la gastro-entérostomie, se sont peu à peu convertis à la gastrectomie, pour avoir, avec le temps, reconnu les nombreux et graves insuccès (récidives, hémorragies, perforations, cancérisation, ulcères jéjunaux) qui viennent trop souvent noircir au bout de quelques années les statistiques de gastro-entérostomie.

Personnellement dans nos années d'études et particulièrement pendant notre internat dans le service de notre cher maître Monsieur le Docteur Bouvier, nous avons vu exécuter de très nombreuses interventions gastriques, dont 109 résections, et c'est de l'étude de ces 109 observations que nous voulons dégager les indications et les techniques de la gastrectomie dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux et du cancer gastrique au début.

INDICATIONS

Comme certains dictons, il faut savoir se dégager d'un certain absolutisme et ne pas se rendre esclave d'une doctrine ou d'une Ecole en pareille nature.

Si la gastrectomie large et haute paraît être, dans l'état actuel de nos connaissances, le traitement idéal de la maladie ulcéreuse de l'estomac, il faut savoir dans certains cas se contenter d'anastomoses qui donnent à leur actif des résurrections nombreuses et magnifiques, aux fins d'un acte chirurgical dont les risques sont à peu près nuls.

La gastrectomie est formellement indiquée, à notre avis, dans les ulcères hauts situés sur la petite courbure.

Dans tous les ulcères quelque soit leur siège s'ils *sont étendus, s'ils saignent* et s'ils *sont extériorisés* dans le foie ou le pancréas (niche radiologique).

Elle l'est surtout quand ces lésions se rencontrent chez des sujets jeunes, au-dessus de 60 ans, maigres, exempts de toute tare et toute affection constitutionnelle.

Elle l'est aussi dans la limite plastique, les ulcères calcaireux, les ulcéro-cancers ou cancer au début.

Elle l'est dans les ulcères jéjunaux apparus à la suite d'une gastro-entérostomie.

Elle est contre-indiquée dans les sténoses avec dilata-tions, chez les cachectiques par dénutrition, chez les azotémiques, les cardiaques, les pulmonaires (emphysème, tuberculose).

Elle l'est chez les obèses, les diabétiques, les brightiques, et, d'une façon générale, chez tous ceux pour lesquels une anesthésie prolongée et une intervention laborieuse constituera un risque immédiat très élevé. Et c'est ainsi que les indications de la gastro-entérostomie sont faites surtout des contre-indications de la gastrectomie.

SOINS PRÉOPÉRATOIRES

- 1) *Examen clinique* précis et complet ;
- 2) *Examen du sang* (numération globulaire. Bw. et azotémie) ;
- 3) *Examen des urines* (albumine sucre constate d'Ambard Ph., acédose, etc.) ;
- 4) *Examen chimique* du contenu gastrique ;
- 5) *Dossier radiologique complet*, parfois en série, (donnant du détail sur l'ulcus gastrique duodénal, petite courbure, grande courbure ou faces. Cancer, ulcéro cancer, leur situation exacte, les dimensions de l'étoffe gastrique, ainsi que sur l'intestin ;
- 6) *Éliminer des troubles gastriques* d'origine reflexe (chaleup-tite, appendicite, maladie de Lane, S. I. C., coudures) ;
- 7) *Prévenir des complications pulmonaires* par la désinfection du nez huile gouvelée) de la gorge, des dents (détartrage, le dentiste doit passer avant le chirurgien), iodage des gencives, gymnastique abdominale, vaccin antigrippal en période de grippe. Surveiller la gorge pour déceler la moindre trace de muguet que l'on combattrait par la glycérine boratée ;
- 8) *Prévenir la parotidite*. Éviter l'infection de la bouche, de la gorge, la deshydratation, si parotidite apparue, faire du vaccin polyvalent dès le début, se méfier des bouches sans salives ;
- 9) *Évacuer le gros intestin* par des lavements, additionnés d'huile de glycérine ou de glycérine et de bile, au moins 5 jours avant l'intervention ;
- 10) *Lavage de l'estomac*, surtout en cas de stase, d'abord pour le désinfecter et ensuite pour habituer le patient à subir l'introduction du tube de Faucher, nécessaire, parfois même après l'intervention, sans nausées et pour vider l'estomac de son contenu en cas de stase qui pourrait gêner énormément l'intervention que l'on désire exécuter (l'estomac faisant ballon) ;

- 11) Apprendre au malade à faire des respirations profondes par le nez avant et après l'intervention, pour oxygéner le sang et pour stimuler sa vitalité. La spiroscope peut rendre des services précieux, cela assure l'hématose, active les échanges, stimule les sécrétions internes, modifie le métabolisme basal et améliore les résultats opératoires ;
 - 12) Maintenir le sujet dans une position demi-assise et l'y accoutumer ;
 - 13) *Alimentation préopératoire.* Nourrir le malade aussi longtemps et abondamment que possible, et veiller à ce qu'il soit convenablement hydraté, 3 litres du liquide par jour, soit par l'alimentation, soit par sérum (s'il y a vomissement par stase), qui sera chloruré si les reins sont bons, glucosé, iso ou hypertonique par voie sous-cutanée ou intra-veineuse, ou bien rectal en injection goutte à goutte. Ajoutez dans ce sérum, s'il y a lieu, 1 à 3 cm³ de la solution d'adrénaline au 1/00 ;
 - 14) *Transfusion sanguine* chez les malades anémiés par les hémorragies antérieures ou déprimés par la souffrance ou la faim ;
Chez tout malade fatigué ou anémié, c'est le procédé héroïque, transformant en très peu de temps l'état général du sujet, et lui permettant de subir une intervention aussi importante et d'emblée curatrice ;
 - 15) Utilité d'opérer toujours dans le même milieu, avec le même outillage, le même personnel et la même équipe chirurgicale ;
-

INSTRUMENTATION

Elle doit se réduire au minimum :

- 1) Un bistouri à lame interchangeable ;
- 2) Une pince à griffes ;
- 3) Une paire de ciseaux courbes ;
- 4) Une aiguille de Reverdin ou de Doyen ;
- 5) Six pinces de Kocher ;
- 6) Six pinces de Terrier ;
- 7) Deux à quatre clamps de Doyen (pas d'écraseurs de Pauchet) ;
- 8) Un clamp à coprostase pour la section duodénale ;
- 9) Aiguillées de fil de lin Sertix.

La salle d'opération doit comporter, *silence absolu et demi-obscurité*, réalisés par une chambre noire ou facilement transformable en telle, isolée, et l'éclairage concentrique du champ opératoire par la lampe scialitique dont les services sont hautement appréciés.

L'emploi du bistouri électrique s'étend de plus en plus, vu les services extrêmement précieux qu'il peut donner lorsqu'il est manié avec soin :

Opération exsangue.

Eviction de souillure du péritoine de l'épiploon et des mésentères par les sucs gastrique et intestinal, grâce à sa chaleur stérilisante de foyers microbiens.

La table d'opération de notre maître M. le Dr Bouvier, facilite énormément l'intervention par ses multiples avantages :

a) Les dimensions extrêmement réduites tout en restant très confortables ;

b) Elle nous permet d'opérer, les coudes collés au corps. L'aide direct, ne fait aucun effort pour s'approcher du patient ou pour prendre une position symétrique à celle de l'opérateur, manœuvre indispensable pour toutes les autres tables d'opérations.

c) Par sa grande facilité du maniement :

d) Par son énorme avantage de mobilité en tous sens et tout particulièrement pour les opérations sur l'estomac, le rein, le foie et les interventions gynécologiques, rendant plus accessible au chirurgien la région opératoire.

L'utilité du second aide (indirecte) pour certains temps de l'intervention, principalement pour l'emploi de la valve lors de l'exploration et de la vérification de l'humostase est également indispensable.

Différentes Techniques chirurgicales pour le traitement de l'ulcère

Résections plus ou moins étendues

Nombreuses sont les techniques chirurgicales décrites jusqu'ici.

Je passerai en revue quelques-unes d'elles, pour terminer par les méthodes les plus usuelles et tout particulièrement employées dans la gastrectomie large au cas d'ulcère gastrique duodénal ou jéjunal.

Raisons principes de la Gastrectomie large

Il faut toujours opérer par résections larges, l'ulcus gastrique, duodénal ou jéjunal, pour les raisons suivantes :

1° *Parce qu'il menace* la vie du sujet par l'hémorragie, la perforation, péritonite mortelle ou sténose ;

2° *Parce qu'il diminue* le rendement vital et social du sujet, *parce qu'il expose* à la tuberculose pulmonaire ;

3° *Parce qu'il se transforme* très souvent en cancer (8 fois sur 10) ;

4° *Parce que* la guérison par traitement médical reste incertaine.

En somme, c'est l'intervention de choix, qu'il s'agisse de gastrectomie ou de gastro-pyloréctomie, ou de gastrectomie haute en gouttière ou presque totale. Plus les résections sont larges, meilleures sont les chances de guérisons définitives.

Intervention de Balfour

Indications. — Cette méthode convient à *tous les cas d'ulcus duodénal* peu volumineux et normalement acides ou hypoacides suivis d'une gastro-entérostomie, c'est-à-dire dans les ulcus petits, saignants et parfois dans les petits ulcus haut situés.

Son principe *consiste* à perforer avec la pointe du thermocautère le fond du cratère.

Les avantages sont basés sur les éléments suivants : *chaleur et perforation*.

La chaleur stérilise toute l'étendue des parois gastriques infectées, dans le voisinage de l'ulcus. Elle détruit et stérilise les petits foyers infectieux d'ulcus gastrique, qui viennent de la bouche et même les éléments épithéliaux. Cette méthode arrête les hémorragies aussi bien dans l'ulcère gastrique et duodénal.

Elle ne modifie en rien la forme de l'estomac ; elle n'altère pas la fonction gastrique.

Le risque opératoire est faible, résultats éloignés très bons.

Pyloroplastie large ou Gastro-duodénostomie de Finney

Indications. — Petits ulcères pyloriques, près ou juxta-pyloriques. Ulcères de la première portion duodénale, etc...

1° *Fendre* dans leur longueur (toute l'étendue occupée par l'ulcère), le pylore, le duodénum, l'estomac.

2° *Puis transformer* en une suture verticale cette incision longitudinale qui commence sur l'antra pylorique et se continue sur le duodénum après avoir traversé le pylore.

3° *Sil l'ulcère est torpide*, faire une résection portant plus ou moins loin sur l'estomac, 3/4 ou 4/5 suivant que le sujet est peu ou pas, ou très hyperchlorhydrique, alors l'opération de Finney est impraticable.

Dans ce cas, faire un *Péan* ou un *Billroth I* si le duodénum présente assez d'étoffe, *sinon* on fera une implantation gastro-jéjunale après section et enfouissement du bout duodénal.

Gastro-pylorectomie

Indications. — Surtout dans les ulcères pyloriques et duodénaux de la première portion.

Si le duodénum est mobile et accessible on fait une résection de la première portion du duodénum et de l'antra pylorique. Gastro-entérostomie secondaire par anastomose termino-latérale dans le jéjunum..

Différents temps de l'intervention

1 *Incision abdominale* sus-ombilicale médiane.

2° *Libération de la grande courbure gastrique*, soit par décollement colo-épiploïque, soit par le dépouillement à la compresse le plus souvent par ligatures des différentes branches des gastro-épiploïques, gauche et droite.

3° *Libération, section et enfouissement* du duodénum.

4° *Libération de la petite courbure.* La difficulté est variable, suivant que l'ulcus est adhérent ou non, suivant qu'il est extériorisé ou non dans le pancréas. La coronaire stomachique est sectionnée sur la petite courbure en portion saine.

La petite courbure est dépouillée de l'épiploon, gastro-hépatique à la compresse sur une longueur variable suivant la hauteur de l'ulcus.

5° *Section de l'estomac* entre deux clamps.

6° *Fermeture de la tranche* sur les 2/3 de son étendue.

7° *Anastomose gastro-jéjunale en 3 plans*, au fil de lin (trans-mésocolique postérieure).

8° *Fermeture de la brèche mésocolique.* Sa fixation est une garantie de prudence, pour éviter les tractions exercées sur l'anastomose gastro-jéjunale.

9° *Anastomose jéuno-jéjunale* non indispensable. Son exécution n'est indiquée que lorsque l'anastomose gastro-jéjunale nous paraît imparfaite, soit que nous craignons une regurgitation de bile ou la création d'un cercle vicieux.

L'anastomose termino-terminale (bout à bout), suivant le procédé de Péan est quelquefois utilisée, lorsque les tractions gastro-duodénales ne sont pas à craindre, que le calibre de la portion duodénale est large, se prêtant à l'anastomose bout à bout.

10° *Fermeture de la paroi abdominale* en un seul plan, au fil de bronze, ou en trois plans, au catgut et aux crins de Florence.

Gastrectomie ou Gastro-pylorectomie en Y

Indications. — Ulcères pyloro-duodénaux, et surtout ulcère jéjunal chez les anciens gastro-entérostomisés.

Elle peut être primitive ou secondaire à une gastro-entérostomie, dont l'insuccès est dû : 1° *A ce que l'intervention* a été pratiquée sans que l'on soit sûr de la présence d'ulcère pylorique ou duodénal (mais tout simplement ulcus fantôme).

2° *A ce que des troubles réflexes* (par exemple cholécystite calculieuse ou catarrhale, appendicite chronique, ptose gastrique masquée, staseiliaque chronique ou maladie de Lane (condures), ou présence d'hématémèses causées par une splénite ou hépatite ont fait croire à la présence d'ulcus.

3° *A ce que l'ancien ulcère* gastrique ou duodénal momentanément éteint se réveille brusquement, soit la continuation de l'ulcère primitif, soit nouvel ulcère gastrique ou duodénal.

4° *A ce que la bouche anastomotique est mal placée ainsi, vidant mal l'estomac.*

5° *A ce qu'une grosse complication peut apparaître, ulcus peptique jéjunal siégeant au niveau de la bouche anastomotique et nécessitant une excision large, gastrectomie large en Y. Je décrirai plus loin les différents temps de cette intervention à propos d'ulcus jéjunal.*

Gastrectomie large pour Ulcère jéjunal ou peptique Gastrectomie en Y de César Roux

Cet ulcère apparaît presque toujours chez les anciens gastro-entérostomisés pour ulcus gastrique et surtout duodénal, pendant les dix-huit premiers mois de l'intervention, sa symptomatologie, est bien caractéristique.

Il peut être aggravé par une grosse complication qui est l'ulcération secondaire du mésocolon, de la paroi abdominale antérieure ou du colon transverse. Puis une fistule jéjunocolique peut se produire, provoquant une diarrhée tenace cachectisante par passage des aliments dans le gros intestin (lienterie) ou inversement.

Les causes probables de l'ulcère peptique ou jéjunal sont les suivantes :

1° D'après V. Pauchet, le fil non résorbable occupe le premier rôle, mais nous n'y croyons pas, car le fait suivant nous fait écarter cette hypothèse. Pourquoi est-ce que dans les gastrectomies larges suivies de gastro-jéjunostomie (anastomose faite au fil de lin) nous ne voyons pas la création d'ulcère peptique ?

2° Persistance de l'hyperchlorhydrie, facteur incriminé largement par nous dans la naissance de cet ulcère.

3° Traumastisme opératoire, compression brutale du jéjunum avec les doigts ou avec les clamps.

4° Infection des dents, des gencives (pyorrhée), du cavum, de la gorge et du nez.

5° Mauvaise technique. Anastomose mal faite. Bouche mal placée, l'estomac se vidant mal.

6° Absence de traitement direct sur l'ulcère. Après la gastro-entérostomie il faut traiter directement l'ulcus duodénal par le procédé de Balfour, ou excision, résection large ou plicature.

7° Absence du régime post-opératoire, qui doit s'appliquer systématiquement après la gastro-entérostomie, tout au moins pour les sujets restant hyperchlorhydriques.

8° Regurgitation de la bile. Pour nous ce rôle est prépondérant.

Traitement. — Eviter d'abord l'ulcus jéjunal en proscrivant les albumines du régime pendant un an, chez les gastro-entérostomisés restant hyperchlorhydriques, c'est-à-dire viande, œufs, lait, poissons, sel.

Par contre, il faut donner pendant les repas de corps gras (huile), de poudre inerte, kaolin, etc.

Traitement chirurgical. — Si le traitement de régime échoue, opérer le plus tôt possible. On peut parfois faire une simple excision de l'ulcère, ou exciser les tuniques anastomosées et restaurer par une gastro-entérostomie, mais plus fréquemment on procède ainsi qu'il suit :

a) Laparatomie sus-ombilicale médian, excision de l'ancienne cicatrice cutanée. Recherche de l'anastomose.

b) Examen de la bouche anastomatique, au-dessous du mésocolon transverse.

Le diagnostic est facile à faire : une bouche anastomotique normale est souple, tandis que lorsqu'il y a un ulcère jéjunal, on aperçoit d'abord des modifications péritonéales, avec un épaississement des muqueuses de la bouche reconnaissable au palper.

c) Décollement coloépiploïque ou résection après ligature. Examen de la bouche au-dessus de la bouche anastomotique du mésocolon transverse.

d) Libération de la bouche anastomotique.

e) Extériorisation de la région anatomique par l'arrière cavité des épiploons.

f) Excision de l'anastomose.

1^{er} temps gastrique : Placer un clamp sur l'estomac à quelques centimètres de l'anastomose, puis exciser les tissus anastomosés.

2^e temps jéjunal : Exciser soit la convexité du jéjunum, ou couper au ciseaux franchement l'anse jéjunale complète, d'où résultent deux segments jéjunaux libres. Segment *efférent* du jéjunum destiné à l'estomac ; segment *afférent* qui sera implanté dans le jéjunum de façon à constituer un Y de Césair Roux.

g) Section et enfouissement du duodénum après libération des deux courbures, ligature et section de la coronaire stomachique (ligature faite systématique à la soie).

h) Section de la tranche gastrique et réduction de $\frac{3}{4}$ de son étendue au fil de lin.

i) Anastomose de l'anse jéjunale efférente avec la bouche gastrique réduite ou fermeture complète de la tranche gastrique et implantation du bout jéjunal dans l'estomac. Anastomose latéro-latérale suivant le procédé du D^r Bouvier de Reims.

j) Les trois derniers temps de l'intervention ce sont ceux que l'on fait le plus souvent, mais parfois, après l'excision de l'ulcère jéjunal et après l'anastomose jéjuno-jéjunale, le bout efférent est implanté dans l'ancienne bouche de gastro-entérostomie.

k) Fermeture de la brèche mésocolique.

l) Fermeture de l'abdomen en un seul plan au fil de bronze.

Gastrectomie large suivant les Procédés dits de Polya ou Polya modifié, Péan, Billroth I, Billroth II, **Bouvier** et **Finsterer**

Indications : Tous les *ulcères gastriques* (petite courbure, grande courbure, faces, médiogastriques) petits, géants, térébrants, éteints ou en évolution, extériorisés ou non. Estomacs biloculaires.

Les ulcères juxta-pyloriques et pyloro-duodénaux et surtout ceux de la première portion duodénale.

Les ulcères calleux, les ulcéro-cancers.

La limite plastique.

Les ulcères gastro-duodénaux hémorragiques.

Les ulcères perforés gastriques et duodénaux, soit d'emblée, soit secondairement.

L'étendue de la résection gastrique ou gastro-duodénale variera suivant *le malade* et *l'opérateur*.

La gastrectomie large est l'opération de choix, qui seule met à l'abri des récidives et de l'ulcus jéjunal secondaire (ulcère peptique). Suivant Pauchet « plus en enlève, mieux ça vaut ».

Techniques.

1° Laparotomie sus-ombilicale médiane.

2° Exploration des viscères voisins, vésicule biliaire, les colons, explorer les deux faces de l'estomac.

3° Décollement coloépiplœique ou dépouillement de la grande courbure d'un coup de compresse ou libération de la grande courbure par section après ligatures des différentes branches gastro-épiplœiques droites et gauches.

4° Section du duodénum entre deux pinces duodénales. Fermer le bout distal en bourse, à moins qu'on ne veuille pratiquer la gastro-duodénostomie bout à bout à la *Péan*.

5° Libération de l'estomac : si adhérences du côté du foie et du pancréas, si périgastrite par extériorisation d'un ulcus de la petite courbure, le disséquer soit au bistouri, soit aux ciseaux.

6° Résection gastrique après libération du pylore, de l'épiplœon hépato-pylorique et de la petite courbure. Ligature de la pylorique et de la coronaire stomachique.

Résection gastrique aussi haut que possible suivant la hauteur de l'ulcère, entre deux clamps.

7° Si la section gastrique est trop large, on réduit son étendue lorsqu'elle dépasse 6 centimètres, au fil de lin en cinq plans.

8° Anastomose gastro-jéjunale (termino latérale) transmésocolique postérieure.

9° Fixation de la brèche mésocolique, la suture à l'estomac immédiatement au-dessus de l'anastomose gastro-jéjunale, pour éviter les tractions exercées sur le duodeno-jéjunum et surtout éviter le cercle vicieux.

Ce procédé dit de Polya a l'avantage d'éviter les regurgitations de la bile dans l'estomac.

Si nous ne sommes pas sûrs de cette gastro-jéjunostomie, on fait une jéuno-jéjunostomie complémentaire dite de sûreté. En somme, la gastrectomie large à la Polya est devenue une gastrectomie large en Y de *César Roux*. Quant à l'anastomose bout à bout, ou *procédé de Péan*, elle doit être étudiée aussi souvent que possible. Pour qu'elle soit réalisable, il faut trois conditions indispensables : 1° que l'estomac et le duodénum présentent une mobilité telle que leur rapprochement réciproque soit possible ;

2° Que l'ulcus ne siège pas trop bas (première portion du duodénum) ; ;

3° Que le diamètre duodénal soit assez large pour permettre son affrontement avec la section gastrique.

1° Fermeture de la paroi au fil de bronze.

Dans le procédé *Bouvier* ou *Billroth I*, nous suivons cette marche :

1° Libération de la grande courbure passant très près par section après ligature des différentes branches des gastro-épiploïques droites et gauches.

2° Libération de la petite courbure, ligature et section de la pylorique et de la coronaire stomachique.

3° Section et enfouissement très soigneux du duodénum en trois plans au fil de lin.

4° Section et fermeture de la tranche gastrique.

5° Gastro-jéjunostomie latéro-latérale ou point le plus déclin de l'estomac.

6° Fixation de la brèche mésocolique comme précédemment.

7° Fermeture de la paroi en un seul plan, au fil de bronze.

Le Billroth II : Consiste à réduire la tranche gastrique de 2/3 et faire une anastomose termino-terminale comme pour un *Péan*, en plus de la réduction de la tranche gastrique.

Dans le Finsterer ou *Polya modifié*, on rencontre les mêmes temps que dans le Polya, mais avec la seule différence qu'avant la section gastrique on procède d'abord à la gastro-jéjunostomie *termino-latérale* transmésocolique postérieure et section de la tranche gastrique au fur et à mesure que les sutures sont faites.

La tranche gastrique ne subit aucune réduction.

1^{re} suture : surjet sérosereux postérieur au fil de lin.

Ouverture au thermocautère de l'estomac et du jéjunum *anse courte*.

2^e suture : totale postérieure, prenant toutes les épaisseurs des parois gastriques et jéjunales.

3^e suture : surjet antérieur muqueux-muqueux.

4^e suture : *antérieure* séro-sereuse.

5^e suture : toujours au fil de lin, surjet d'hémostase ou de garantie à *points de Cushing*. Un grand soin est porté surtout pour la suture des angles, pour éviter le lâchage.

6^e *Fixation* de la lèvre gauche et postérieure de la brèche mésocolique sur le segment gastrique postérieur par trois ou quatre points séparés au fil de lin.

Fixation de la lèvre droite et antérieure sur le segment gastrique antérieur, au-dessus de l'anastomose gastro-jéjunale. De ce fait on évite l'étranglement intestinal du grêle pouvant passer par la brèche mésocolique. En plus on évite l'ascension de la tranche gastrique par retraction du cardia pouvant gêner considérablement l'anastomose, ainsi que le contenu gastrique (salive ou suc gastrique) soit déversé dans le champ opératoire.

Ce procédé est supérieur à tous les autres et donne une sécurité au chirurgien.

Les résultats immédiats et éloignés sont surtout excellents dans les gastrectomies larges suivies d'anastomoses termino-terminales, (Péan), car il y a rétablissement d'un état le plus voisin de la normale.

Les quelques vomissements, regurgitations et les malaises que nous observons, pendant quelques heures ou quelques jours après l'intervention, lorsqu'il s'agit de Polya, Finsterer, Billroth, Bouverier, on ne les rencontre pas dans les gastrectomies larges suivies d'anastomose termino-terminale type Péan ou Billroth II.

Je ne ferai que citer les gastrectomies *annulaires*, ou segmentaires, d'ailleurs très insuffisantes. Quant à la gastrectomie totale pour cancer étendu, ulcère presque cardiaque, limite plastique de l'estomac, reste rare car la mortalité est extrêmement élevée.

Elle peut très facilement être remplacée par la *gastrectomie large*.

Gastrectomie en gouttière ou en selle (Pauchet)

Indications : Ulcères gastriques très haut situés.

Technique :

a) Incision verticale pour les ptosiques ; incision en L pour les autres.

b) Exploration.

c) Décollement coloépiploïque.

d) Section de la première portion du duodénum et de l'épiploon gastro-hépatique (moitié inférieur).

e) Libération de l'estomac, même si l'ulcère pénètre dans le pancréas, le bistouri ou les ciseaux auront raison des adhérences.

f) Evacuation de l'estomac par ponction ou par l'aspirateur de Th. de Martel.

g) Appliquer un fil amarre, pour empêcher la tranche gastrique de monter par la suite de contraction du cardia.

L'anastomose peut précéder la section de la tranche gastrique suivant le procédé de Finsterer.

h) *Section gastrique.* L'estomac est sectionné perpendiculairement à son axe au-dessous de l'ulcus au thermocautère.

i) Réduction de la tranche gastrique, si trop large dépassant six centimètres, pour l'anastomose gastro-jéjunale à la Polya ou abouchement bout à bout à la Péan, mais très difficile, ou fermeture complète de la tranche gastrique et anastomose latéro-latérale, suivant le procédé du Dr Bouvier, de Reims.

j) Résection de l'ulcus et reconstitution de la petite courbure. Transformation de l'estomac en gouttière, en un tube régulier.

Une petite modification peut se faire chaque fois que la chose est possible. On peut d'abord exciser l'ulcère avant de sectionner la tranche gastrique. Alors on a qu'à modifier suivant les circonstances, la forme et la direction de la tranche gastrique.

Gastrectomie large en deux temps

Suivant V. Pauchet, mieux vaut guérir un malade en deux fois que de le tuer en une seule séance.

Suivant Sir Berkley Moynihan, le traitement chirurgical est plus efficace et plus bénin que le traitement médical, car si celui-ci ne tue pas le malade, il le laisse souvent mourir et cette mort est plus fréquente que celle due à l'opération. Il ne suffit pas de soulager temporairement et de lui donner l'illusion de la cure, le fait de le laisser mourir quelques mois ou quelques années plus tard, par suite d'une hémorragie ou d'un cancer, est un insuccès

aussi décevant que de le perdre après l'opération.

Indications : Ancien malade opéré d'ulcus duodénal, reprise de l'hémorragie, douleur, hyper-acidité, parfois ulcus peptique secondaire.

Ancien malade, opéré d'ulcus gastrique par une gastro-entérostomie, continuant à souffrir et à saigner, l'ulcus pouvant se transformer en cancer.

Ulcus gastriques et duodénaux très difficiles avec beaucoup d'adhérences.

Cancer juxta-pylorique, facilement enlevable, pas de métastase, mais l'état général du malade est précaire, malade fatigué, anémié, cachexie famélique.

Ulcère calleux de la petite courbure près du pylore, pour les mêmes raisons que précédemment, ou parce que son diagnostic n'est fait que lorsque la laparotomie est faite et parce que le chirurgien hésite. Procéder d'abord en une gastro-jéjunostomie définitive et intervenir 15 jours après pour exérèse large de la lésion.

Avantages de la bouche de Gastro-jéjunostomie faite au bouton de Jaboulay

1° Moyen le plus rapide, par conséquent le moins shockant.

2° Parce que les adhérences que l'on rencontre en cas de suture n'existent pas.

3° Parce que la dégastro-entérostomie est très facile, mais pas pour les gastro définitives, car la bouche est trop petite.

Elle doit être placée le plus loin possible du pylore et le plus près possible de la grande courbure, mais sans exagérer le transport vers la gauche.

Cette manœuvre est absolument indispensable, dans le but d'avoir assez d'étoffe pour le second temps de l'intervention, car souvent l'opérateur est obligé de défaire la gastro-entérostomie, car elle est gênante, manque d'étoffe, ou elle est trop près de l'ulcus.

Quand on doit la défaire, il faut sectionner systématiquement l'anse duodénale et les suturer bout à bout.

Cette intervention en deux temps est légèrement plus grave que lorsqu'elle est faite d'emblée.

Résultats

Dans les cas d'ulcères calleux, la guérison est définitive. Dans les cas de cancer les résultats éloignés sont moins bons que lorsque l'intervention est pratiquée d'emblée.

Gastrectomie large dans le cancer de l'estomac

Généralités : Importance du diagnostic précoce. Les cancers de l'estomac se divisent en 3 groupes, d'après leur siège.

1° *Groupe pylorique* comprenant les néos très limités, pyloriques ou juxta-pyloriques, ulcéro-cancers, etc. Ce sont les cancers opérables.

2° *Groupe de la petite courbure*, limite plastique, gros néo, envahissement des faces et de la grande courbure, et adénopathie déjà étendue du côté des courbures.

Leur opérabilité dépend du malade et du chirurgien.

3° *Groupe cardiaque* à siège sous-costal, avec métastases hépatiques, ganglionnaires, péritonéales, accite signe de Troisier contre indiquant l'intervention. Ce sont des cancers inopérables, pour lesquels parfois même la gastro-entérostomie est inutile, car leur évolution est très rapide se terminant, le plus souvent, par la cachexie cancéreuse.

Pour les deux premiers groupes, la gastrectomie large peut s'appliquer soit d'emblée (mortalité moins forte) soit secondairement si l'état du malade ne le permet pas (mais mortalité plus élevée).

L'opérabilité du cancer dépend de l'état général du malade, de l'ancienneté de la lésion, de la mobilité de la tumeur, de l'existence et de l'importance des métastases ganglionnaires et viscérales, de son siège et de son étendue.

Il faut suivant le principe général d'exérèse des cancers, quelque soit leur siège, extirper largement et en un seul bloc la tumeur, les ganglions, les voies lymphatiques.

Les limites du néoplasme doivent être largement dépassées.

Du côté gastrique, la section devra passer à 4 ou 5 centimètres au moins de la limite apparente du cancer.

Vers la petite courbure, le cancer se trouve toujours en avance sur toutes les autres régions de l'estomac.

Il faut donc, de ce côté, faire porter la section aussi haut que possible. Du côté du duodénum l'envahissement est rare. Il faut naturellement passer à bonne distance de la tumeur, tout en gardant cependant une longueur d'intestin suffisante pour que la fermeture du bout puisse être réalisée dans de bonnes conditions.

Il est indispensable d'enlever les premiers relais ganglionnaires, c'est-à-dire les trois groupes de ganglions, coronaire notamment doit être enlevé en entier, pour amener les ganglions le plus haut possible, il faut couper l'artère coronaire stomachi-

que un peu en amont du point où elle aborde l'estomac et abaisser avec les vaisseaux sanguins tout le pédicule lymphatique en dépouillant de haut en bas la petite courbure de sa couverture cellulo-séreuse (Cunéo). Enfin, il est bon de faire systématiquement l'exérèse concomittente du grand épiploon.

Toilette ganglionnaire sous et rétro-pylorique

Cette exérèse doit se faire en un seul bloc. Après le décollement coloépiploïque fait de gauche à droite (car moins d'hémorragie du fait de la disposition anatomique des vaisseaux), soit au bistouri, soit à la compresse, on refoule avec le lambeau épiploïque les ganglions sous-pyloriques qui y sont contenus. On effondre ensuite le mince péritoine qui couvre le pancréas et on refoule ce feuillet séreux et les ganglions rétro-pyloriques, dans le même bloc que les ganglions sous pyloriques et l'insertion du grand épiploon, voués à l'exérèse.

Ligature de l'artère pylorique, et section du duodénum dénudé à 1 cm. au-dessus du pancréas.

Ligature de la coronaire stomachique à 1 cm. de son origine.

Les procédés employés dans la gastrectomie large avec curage ganglionnaire dans les cancers de l'estomac, ce sont ceux décrits précédemment pour les ulcères gastro-duodénaux : *Polya*, *Finsterer*, *Bouvier* ou *Billroth I* et *Péan*. Ce qui importe dans ces différents procédés, c'est l'exérèse la plus large possible, le curage ganglionnaire sous et rétro-pylorique, celui de la petite courbure et la résection systématique du grand épiploon par décollement massif coloépiploïque.

Soins pendant et post-opératoires communs aux ulcéreux et cancéreux

— Injection continue de sérum dans l'aisselle pour éviter la soif chez les déprimés.

— Opérer avec douceur, pour ne pas tirailler sur le système nerveux splachnique, pour ne pas shocker le malade.

— Faire une hémostase soignée, surveiller les sutures.

— Bien soigner chaque temps opératoire, ne pas se presser, changer de gants dès qu'il y a une souillure possible.

— Ne proportionner l'acte opératoire aux possibilités du patient (chez les malades fatigués, pratiquer l'intervention en 2 temps).

— Proportionner l'énergie du chirurgien aux besoins du patient.

— Explorer dans l'abdomen ce qui au début de l'intervention est explorable sans risque. Appendice, vésicule, fin de l'iléon, le pancréas « palper et voir ».

— Anesthésie variable suivant les cas. Voici les différents procédés de notre technique personnelle.

1^{er} procédé : Sédol une heure avant l'intervention, en centimètre cube, en injection sous-cutanée et anesthésie générale au mélange de Schleich, *discontinue*.

L'anesthésie générale au Schleich — ne doit pas être continue, car pour bien de temps de l'intervention elle est inutile. — Par exemple, donner quelques bouffées pour la laparotomie et l'exploration viscérale.

Cesser dès que la décision est prise pour tel ou tel procédé, durant tout le temps des sections gastriques et intestinales. N'en donner de nouveau quelques bouffées au cas où les tractions sur les mésos deviendraient intolérables.

Ensuite l'intervention terminée, on endort rapidement et profondément le patient pour la fermeture de la paroi en un seul plan au fil de bronze, dont l'avantage est incontestable : Fermeture rapide (moins d'anesthésie à donner, donc shock diminué) et parois solides et évite très souvent les hématomes suppurés des parois faites en trois plans.

Les éventrations sont presque inexistantes si l'on prend le soin de passer les fils assez loin des bords aponevrotiques et surtout si le malade dort à fond, de ce fait il y a abolition musculaire et la fermeture est facile..

2^e procédé : Anesthésie locale à la novocaïne à 1 % pour la laparotomie. Puis, si les tractions sur les mésos font pousser le malade, donner quelques bouffées d'anesthésie au Schleich. .

Ne l'endormir rapidement et à fond que lorsqu'on est prêt à fermer la paroi (toujours au fil de bronze).

3^e procédé : Anesthésie Rachidienne haute, à la percaïne à 5 %, on injecte 2 à 3 cm. dans le canal rachidien (15 à 20 minutes avant l'intervention) entre la 12 D et la première lombaire. L'avantage de cette mode d'anesthésie est très appréciable, car silence abdominal absolu, exécution des sutures plus facile et plus sûre, durée de l'opération raccourcie. Mais elle n'est pas sans inconvénients, un des plus sérieux est le shock bulbaire beaucoup plus accusé, qu'avec les autres modes d'anesthésie, elle est même formellement contre-indiquée chez les sujets dont la tension artérielle est basse.

Après l'intervention

a) *Calmer la souffrance* par la morphine, c'est pour éviter l'acidose post opératoire et les complications pulmonaires. Car la douleur vide le sujet de son influx nerveux et le rend moins résistant. L'atropine calme les coliques dus à la circulation des gaz intestinaux.

b) *Nettoyage* de la bouche et des dents, pour éviter le muguet et la parotidite.

e) *Régénère post opératoire* : variera avec chaque individu chez un *sujet résistant* opéré d'ulcus gastrique, moins il mange mieux cela vaut. Boire abondamment de l'eau alcaline ou sucrée.

S'il s'agit d'un cachectique opéré pour néo du pylore, on a tout intérêt de lui donner à manger le plus possible et le plus tôt possible.

d) *Position assise ou demi-assise.*

e) *En cas de vomissement répétés, à la moindre élévation de température*, et même systématiquement !! le soir de l'intervention, si barre gastrique, si ballonnement gastrique — faire le lavage de l'estomac avec de l'eau salée chaude additionnée de nitrate d'argent à 1 pour 4.000 et d'adrénaline en cas de suintement sanguin, morphine, glace sur la région épigastrique.

f) *Gymnastique respiratoire* : respirer à fond par le nez.

g) *Alimentation* : chez les obèses un peu d'eau ou rien du tout, ceux-là peuvent vivre sur leur graisse, chez les sujets faibles ou maigres au contraire, faire absorber par la bouche 3 litres de liquide : Eau sucrée, jus de raisin, sirop de fruits, sérum sucré rectal, sérum salé ou glucosé intra-axillaire ou intra-veineux.

Proscrire les albuminoïdes des repas, pour les opérés d'ulcus gastrique ou duodénal. Absorber un peu d'huile d'olive pendant le repas. (Durée un an).

h) *Si hoquet, matéorismus*, paresie intestinal, glace sur le ventre, sonde rectale pour faire évacuer les gaz.

i) *Traitement psychique* important (rôle du médecin, de l'infirmière et de la famille).

j) *Les pansements* les plus simples sont les meilleurs. Le bandage est inutile.

k) *Faire lever précocement* les malades 8^e ou 10^e jour — surtout pour ceux dont la paroi a été faite en un seul plan au fil de bronze.

l) *Enlever les fils vers le 14^e jour.*

Complications post opératoires. — Complications opératoires

a) *Hémorragie*: Si quelques heures après l'opération, le malade vomit du sang rouge ou digéré, il faut laver l'estomac à l'eau salée chaude et attendre. Si l'hémorragie se reproduit, on peut ayant lavé de nouveau, mais cette fois à l'eau pure, jusqu'épuisement de toute l'acidité, pratiquer un lavage rapide à la solution de nitrate d'argent à 1 pour 4.000 que l'on ne laisse pas séjourner dans l'estomac.

b) *Cercle vicieux* : Le malade vomit malgré les lavages gastriques, les boissons ne passent pas dans l'intestin. Ce cercle vicieux est dû à ce que la bouche de la gastro fonctionne mal. Elle fonctionne mal parce que l'anse a été tordue ou mal appliquée.

c) *Déhiscence de la paroi* : La paroi abdominale peut s'ouvrir spontanément 8 à 15 jours après l'opération, d'où l'emploi du fil de bronze donnant une paroi solide.

d) *Infections broncho-pulmonaires* : Pouvant être dues à l'action irritante de l'éther, mais plus souvent à l'infection par *le nez, les dents, la bouche*, et l'insuffisance respiratoire et la gêne d'expectoration par suite de la douleur abdominale.

e) *Muguet* : Examiner le fond de la gorge tous les jours, si muguet, badigeonner au glycéro-alcalin.

f) *Parotidite* : Due à la sécheresse de la bouche, à son infection et à la déshydratation de l'organisme. Si elle est double elle déprime, infecte, intoxique l'opéré et peut amener la mort. Se méfier des bouches sans salives.

g) *Acidose* : Oligurie, agitation, insomnie, arrêt des gaz, odeur acétonémique de l'haleine, pouls rapide, collaprus.

On accuse le shock, l'infection péritonéale, une hémorragie, en réalité, il *s'agit d'acidose*.

L'examen du sang et des urines avant et après l'opération, montre de l'acidose diacétique, qui donne une coloration rouge, porto avec le perchlorure de fer.

Cette acidose est la conséquence de la dénutrition du sujet, de l'insuffisance des glandes, de l'action du jeûne, de la souffrance physique et morale, de l'insomnie, de la fatigue, des toxiques médicamenteux et des troubles nutritifs amenés par l'affection du tube digestif.

Prescrire l'absorption abondante de liquides alcalins par voie bucale, rectale ou cutanée. Faire une transfusion sanguine.

Première série d'observations recueillies à la Clinique Chirurgicale de notre cher maître M. le Dr Bouvier.

- I Obs. — L... B... Passé gastrique datant depuis plusieurs années. Depuis 3 mois signes de stenose et amaigrissement rapide de 10 kgs.

Intervention le 4-12-28 : Dr Bouvier.

Enorme masse occupant non seulement la région pylorique, mais l'autre et toute la petite tubérosité. Gastrectomie large, enfouissement du bout duodénal en 3 plans.

Gastro-jéjunostomie transmésocolique postérieure à la Polya modifié, après réduction de la tranche gastrique trop grande.

- II Obs. — M. V... Syndrome gastrique limité aux signes fonctionnels suivants : lenteur des digestions, amaigrissement.

Intervention le 18-12-28 : Dr Bouvier.

Grosse masse néophasique occupant la moitié inférieure de l'estomac, adhérente en arrière au mésocolon transverse.

Gastrectomie large. Gastro-jéjunostomie transmésocolique à la Polya.

- III Obs. — Sœur L... Estomac caloculaire par ulcus de la petite courbure. La malade a été opérée d'une gastro-entérostomie transmésocolique postérieure à Luxembourg.

Intervention le 20-1-29 : Dr Bouvier.

On défait la gastro. Gastrectomie large. Enfouissement du bout duodénal en 3 plans ou fil de lin. Réduction de la tranche gastrique. Gastro-entérostomie en aval de la brèche suturée.

- IV Obs. — M^{me} D... Néoplasme du pylore, pas d'adenopathie.

Intervention le 21-2-29. Dr Bouvier.

Gastrectomie large à la Polya. Gastro-jéjunostomie transmésocolique postérieure à anse courte.

- V Obs. — M. P... Douleur en coup de poignard à 4 heures dans les champs. Malade ranimé chez lui, *plié en deux*. Contracture généralisée de la paroi abdominale. Pas de vomissements. Passé gastrique datant de 3 mois. Pouls à 90 pulsations.

Intervention le 12 Avril 1929 : Dr Bouvier.

A la 6^e heure zone cicatricielle d'ulcus à la face antérieure de la 1^{re} portion du duodénum. — Pylorectomie jusqu'à la gastro-duodénale. — Gastro-jéjunostomie transmésocolique postérieure. — Ulcère perforé de la face postérieure de la 2^e portion duodénale adhérent au pancréas.

- VI Obs. — M. H... Néoplasme de l'estomac (face postérieure). Ganglions engorgés le long de la chaîne coronaire. Gastrectomie large très haute.

Intervention le 23-4-29 : Dr Bouvier.

Gastro-duodénostomie bout à bout à la Péan, après réduction partielle de la tranche gastrique.

- VII Obs. — M^{me} Bil. J... Néoplasme de la région pylorique. Propagation vers le duodénum et adhérences au pancréas.

Intervention le 30 mai 1929 : Dr Bouvier.

Gastrectomie large. — Gastro-jéjunostomie à la Polya modifiée, après réduction partielle de la tranche gastrique.

- VIII Obs. — M^{me} D... Néoplasme de la région pylorique.
Intervention le 11 juillet 1929 : D^r Bouvier.
Gastrectomie large suivie de gastro-jéjunostomie transmésocolique postérieure. — Ganglions engorgés le long de la petite courbure.
- IX Obs. — M. T... P... Néoplasme du pylore, adhérences au pancréas et au méso-colon traverse.
Intervention le 20 août 1929 : D^r Bouvier.
Gastrectomie large, suivie de gastro-jéjunostomie transmésocolique postérieure à la Polya.
Le malade a fait une fistule duodénale.
- X Obs. — M^{me} B... Ulcère haut situé de la petite courbure.
Intervention le 24 octobre 1929 : D^r Bouvier.
Gastrectomie suivie de gastro-duodénostomie, bout à bout à la Péan.
- XI Obs. — M. Th... Ulcus de la petite courbure très haut situé.
Gastrectomie en selle. — D^r Bouvier.
- XII Obs. — M. P... R... Ulcus de la petite courbure ayant provoqué une stenose médiogastrique.
Intervention le 14 janvier 1930 : D^r Bouvier.
Enorme ulcère adhérent au pancréas. — Gastrectomie large. — Réduction partielle de la tranche gastrique et anastomose bout à bout à la Péan.
- XIII Obs. — M. G... H... Ulcère de la petite courbure.
Intervention le 6-2-30 : D^r Bouvier.
Gastrectomie large. — Anastomose bout à bout à la Péan après réduction partielle de la bouche gastrique.
- XIV Obs. — M. W... D... Néoplasme du pylore. Propagation ganglionnaire.
Intervention le 23-4-30 : D^r Bouvier.
Gastrectomie large très haute, avec curage ganglionnaire important. — Gastro-jéjunostomie transmésocolique postérieure à la Polya.
- XV Obs. — M^{me} B... G... Double ulcus duodénal (Bulbe).
Intervention le 8 juillet 1930 : D^r Bouvier.
Gastro-pylorctomie suivie de gastro-jéjunostomie transmésocolique postérieure.
- XVI Obs. — M. A... V... Ulcus gastrique haut situé de la petite courbure.
Intervention le 18-10-30 : D^r Bouvier.
Gastrectomie large en gouttière suivie d'anastomose bout à bout à la Péan.
L'examen histo-pathologique de la pièce a décelé un néoplasme.
- XVII Obs. — M. J... Ulcus de la petite courbure.
Intervention le 25-11-30 : D^r Bouvier.
Gastrectomie large à la Polya. Quelques ganglions inflammatoires sont enlevés.
- XVIII Obs. — M. J... Néoplasme sténosant du pylore.
Rachianesthésie à la syncaïne. Sédol et anesthésie locale légère.
Intervention le 25-11-32 : D^r Bouvier.

Gastrectomie large. Resection large des espiploons, ainsi que les différents groupes ganglionnaires. Procédé de Polya.

XXIX Obs. — M. G... L... Ulcère de la petite courbure extériorisé dans le pancréas.

Intervention le 20-1-31 : D^r Bouvier.
Gastrectomie large à la Polya.

XX Obs. — M. R... P... Ulcus duodénal.

Intervention le 10-2-31 : D^r Bouvier.
Gastro-pylorectomie large, procédé de Polya.

Le lendemain, hématomésés répétées. Sérum de Normet. — Transfusion sanguine inopérante. — Décédé 2 jours après l'intervention.

XXI Obs. — M^{me} Vve P... Ulcère de la petite courbure, haut situé, adhérent en arrière au pancréas. Ptose totale. L'estomac se laisse facilement abaisser. Anasthésie générale au mélange de Schleich.

Intervention le 3-3-1931 : D^r Bouvier.
Gastrectomie large à la Polya, anse longue.

XXII Obs. — M. Ch... J... Néoplasme du pylore, quelques ganglions le long de la petite courbure.

Intervention le 12 août 1930 : D^r Bouvier.
Gastrectomie large suivie d'anastomose bout à bout à la Péan. Ce malade a fait, en mars 1931, une sténose complète, pour laquelle une gastro-enterostomie antérieure a été nécessaire.
Grande difficulté opératoire pour l'exécution de la gastro.

XXIII Obs. — M. P... Tumeur de la petite courbure.

Ulcère cancérisé avec infiltration de la petite courbure remontant très haut.

Intervention le 31 mars 1931 : D^r Bouvier.
Gastrectomie large des plus difficiles.
Anastomose bout à bout, après réduction de la tranche gastrique.

Ce malade, athylique invétéré, a fait une fistule gastrique et il est mort peu de temps après.

XXIV Obs. — M. D... Ph... Tumeur de l'autre pylorique probablement néoplasique, avec infiltration ganglionnaire déjà étendue le long de la grande courbure.

Intervention le 9 avril 1931 : D^r Bouvier.
Gastrectomie large, anastomose bout à bout après réduction partielle de la tranche gastrique.

XXV Obs. — M. L... A... Ulcère de la petite courbure adhérent en arrière au mésocolon transverse et au pancréas.

Intervention le 11 avril 1931 : D^r Bouvier.
Resection annulaire médio-gastrique.
Fermeture complète des deux bouts.
Gastro-entero-anastomose antérieure avec la 1^{re} anse jéjunale.
Anastomose latéro-latérale, suivant le procédé de Bouvier.

XXVI Obs. — M. M... L... Ulcus duodénal en voie d'extériorisation vers le pancréas et le petit épiploon.

Intervention, 20 avril 1931 : D^r Bouvier.

1° Dépouillement de la grande courbure ;

2° Gastro-entéro-anastomose au point décliné ;

3° Gastrectomie large ;

4° Enfouissement du duodénum pénible en pleine perforation.

XXVII Obs. — M. Cl... L... Ulcus de la petite courbure, haut situé.

Intervention le 21 avril 1931 : D^r Bouvier.

1° Dépouillement de la grande courbure ;

2° Gastro-entérostomie au point déclive d'abord ;

3° Gastrectomie ensuite ;

4° Enfouissement du bout duodénal facile, mais hémostase difficile de la petite courbure, en raison de l'infiltration du méso. Les sutures sont également assez difficiles à exécuter en raison de la hauteur.

XXVIII Obs. — M. Sch... A... Ulcus duodénal.

Intervention le 23 avril 1931 : D^r Bouvier.

1° Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure ;

2° Resection du pylore et de la 1^{re} portion du duodénum ;

3° Suture de la tranche gastrique ;

4° Enfouissement du duodénum.

XXIX Obs. — M. S... *Néoplasme pylorique.* Infiltration ganglionnaire étendue au grand épiploon. Adhérences serrées au mésocolon transverse.

Intervention, 16 mai 1931 : D^r Bouvier.

Gastro-enterostomie antérieure.

Gastro-pylorectomie.

Suture séparée des deux bouts : gastrique et duodénal.

XXX Obs. — M^{lle} P... *Ulcus hémorragique.* Anémie grave.

Double ulcus haut situés sur le pont vertical de la petite courbure.

Intervention le 2 juillet 1931 : D^r Bouvier.

Gastrectomie très haute à la Polya ; très bons résultats.

XXXI Obs. — M^{me} Ch... Sténose pylorique par ulcus duodénal.

Intervention le 9 juillet 1931 : D^r Bouvier.

Gastro-pylorectomie large, anastomose à la Polya.

XXXII Obs. — M. M... Ulcus de la petite courbure, portion de l'autre.

Intervention le 23 juillet 1931 : D^r Bouvier.

Hémigastrectomie, anastomose latérale.

XXXIII Obs. — M. F... Ulcus de la petite courbure.

Intervention le 23 juillet 1931 : D^r Bouvier.

Gastrectomie large et anastomose à la Polya.

XXXIV Obs. — M. M... Ulcère de la petite courbure adhérent en arrière au pancréas.

Intervention du 3 août 1931 : D^r Bouvier.

1° Section et enfouissement du duodénum après dépouillement des courbures ;

2° Resection haute et fermeture immédiate de la tranche ;

3° Gastro-entérostomie antérieure ;

4° Donc anastomose latéro-latérale suivant le procédé de Bouvier.

XXXV Obs. — Ulcus de la 2^e portion du duodénum.

Intervention le 25 août 1931 : D^r Bouvier.

1° Dépouillement des 2 courbures ;

2° Section du pylore ;

3° Gastro-entérostomie ;

4° Section et enfouissement des 2 bouts.

Donc, anastomose latéro-latérale suivant le procédé Bouvier.

XXXVI Obs. — M^{lle} L... *Ulcus pylorique* probable.

Intervention le 23 août 1931 : D^r Bouvier.

1° Gastro-pylorectomie ;

2° Enfouissement du duodénum ;

3° Gastro-entérostomie à la Polya.

XXXVII Obs. — M^{me} R... Enorme tumeur gastrique occupant toute la région antrale, adhérente en arrière au mésocolon transverse sur une large surface. Propagation étendue assez loin.

Intervention le 24 septembre 1931 : D^r Bouvier.

1° Gastrectomie large et difficile. La tumeur est extériorisée dans le mésocolon ;

2° Suture des 2 bouts ;

3° Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure très difficile au procédé de Bouvier latéro-latérale.

XXXVIII Obs. — M. B... Malade ayant déjà subi une gastro-entérostomie.

Intervention le 24-9-31 : D^r Bouvier.

Pylorectomie. On conserve la bouche qui fonctionne bien.

XXXIX Obs. — M^{me} L... Ulcus dégénéré. Adhérences au colon transverse. Ganglion dans le petit épiploon.

Intervention le 8-10-31 : D^r Bouvier.

Gastrectomie large. Suture des 2 bouts.

Gastro-entérostomie latéro-latérale suivant le procédé de Bouvier.

XL Obs. — M. V... Ulcus pylorique.

Intervention le 17-10-31 : D^r Bouvier.

Gastrectomie large. Suture des 2 bouts.

Gastro-entérostomie antérieure sur la partie restante de l'estomac.

Donc anastomose latéro-latérale à la Billroth I ou Bouvier.

XLI Obs. — M. D... *Ulcus duodénal.*

Intervention le 31-10-31 : D^r Bouvier.

1° Gastrectomie large ;

2° Enfouissement du bout duodénal difficile (adhérences avec le pancréas) ;

3° Anastomose à la Polya.

XLII Obs. — M^{me} C... — Troubles digestifs. Malade opérée autrefois par le D^r Roussel, de Reims, pour un ulcus ; mais n'ayant pas constaté d'ulcère gastrique ou duodénal, l'intervention s'est bornée à une simple exploratrice.

Intervention le 7-11-31 : D^r Bouvier.

Estomac adhérent à la paroi. Gastro-pylorectomie, anastomose à la Polya, pas d'ulcus visible sur la pièce opératoire.

XLIII Obs. — M. M... M... *Syndrome duodénal net.*

Intervention le 11-11-31 : D^r Bouvier.

Gastrectomie large à la Polya ; très bons résultats.

XLIV Obs. — M. L... Ce malade a subi en 1921, à l'Hôpital, dans le service du D^r Bouvier et par lui-même, une gastro-entérostomie pour ulcus. Il souffre à nouveau depuis 6 mois.

Intervention le 21-11-31 : D^r Bouvier.

Ulcus de la petite courbure avec infiltration énorme rendant l'hémostase de la petite courbure particulièrement difficile.

Gastro-pylorectomie. Conservation de la bouche qui fonctionne bien.

XLV Obs. — M. L... *Ulcère pylorique.*

Intervention le 24-11-31 : D^r Bouvier.

Gastrectomie large suivie de gastro-jéjunostomie transmésocolique postérieure suivant le procédé Bouvier ou Billroth I. Anastomose latéro-latérale après fermeture complète de la tranche gastrique.

XLVI Obs. — M. G... Gros néoplasme de la région antrale.

Intervention le 24-11-31 : D^r Bouvier.

Gastrectomie large ; anastomose à la Polya.

XLVII Obs. — M. F... Gros ulcère pylorique.

Intervention le 1-12-31 : D^r Bouvier.

Gastrectomie large à la Polya. Transmésocolique postérieure. Bouche haute, pas de jéuno-jéjunostomie.

Hématémèses le 2-12-31. Hémorragies gastriques. Réintervention. *Transfusion sanguine.* Guérison. Mort longtemps après de *pneumonie.*

XLVIII Obs. — M. F... *Ulcus pylorique.*

Intervention le 8-12-31 : D^r Bouvier.

Gastrectomie large, suivie d'anastomose gastro-jéjunale postérieure transmésocolique, latéro-latérale suivant le *procédé de Bouvier.*

XLIX Obs. — M. M... Néoplasme des faces gastriques.

Intervention le 31-13-31 : D^r Bouvier.

Gastrectomie large et haute. Anastomose gastrajéjunale transmésocolique postérieure latéro-latérale. *Bouvier.*

L Obs. — M. H... J... Gros néoplasme de la région antrale.

Intervention au mois de janvier 1932 : D^r Bouvier.

Gastrectomie large et anastomose gastro-jéjunale latéro-latérale, suivant le procédé de Bouvier.

Le malade cachectique avant son opération, a repris plusieurs kilos et va très bien.

LI Obs. — M. L... Malade opéré autrefois d'une gastro-entérostomie. Ulcus pylorique ou activité.

Intervention le mois de janvier 1932 : D^r Bouvier.

Gastrectomie large. Fermeture des deux bouts et conservation de l'ancienne bouche qui fonctionne bien.

Résultats excellents.

- LII Obs. — M. N... E... Ulcus duodénal extériorisé dans le pancréas.
Intervention le 19-1-32 : D^r Bouvier.
Gastrectomie large à la Polya.
L'enfouissement du bout duodénal a été très difficile. *Très bons résultats.*
- LIII Obs. — M. B... Gros néoplasme de l'estomac, portion pylorique, adhérent au mésocolon transverse.
Intervention le 21-1-32 : D^r Bouvier.
Gastrectomie large suivie de gastro-jéjunostomie transmésocolique postérieure.
Résultats très bons.
- LIV Obs. — M^{me} G... Enorme néoplasme occupant toute la face antérieure de la petite courbure de l'estomac. Propagation ganglionnaire étendue sur les deux chaînes, en particulier sur la coronaire on en trouve plusieurs du volume d'une petite noix. Adhérences serrées au pancréas.
Intervention le mois de février 1932 : D^r Bouvier.
Gastrectomie très large avec curage ganglionnaire. Anastomose transmésocolique à la Polya.
Résultats très bons.
- LV Obs. — M. P... Gros néoplasme pylorique de la face antérieure. Pas de ganglions, pas d'adhérences.
Intervention le 18-2-32 : D^r Bouvier.
Gastrectomie large suivie de gastro-jéjunostomie à la Polya.
Résultats excellents.
- LVI Obs. — M^{me} D... Gros néoplasme de l'estomac.
Intervention le 27-2-32 : D^r Bouvier.
Gastrectomie large, très large, presque totale, précédée de curage ganglionnaire important. Anastomose gastro-jéjunale transmésocolique à la Polya.
Très bons résultats.
- LVII Obs. — M. B... Ulcération large néoplasique de la petite courbure.
Intervention le 3-3-32 : D^r Bouvier.
Gastrectomie large suivie de gastro-jéjunostomie transmésocolique postérieure à la Polya. Pas de ganglions.
Très bons résultats.
- LVIII Obs. — M. B... Enorme néoplasme gastrique, propagé au grand épiploon, très adhérent au mésocolon transverse.
Gastrectomie large avec curage ganglionnaire à la Finsterer.
Résultats excellents.
- LIX Obs. — M. H... Ancienne gastro-entérostomie trois ans avant ; a fait deux hématemèses depuis cette date.
Intervention le 19 avril 1932 : D^r Bouvier.
On refait l'ancienne gastro, on rétablit la continuité du jéjunum.
Gastrectomie large précédée de gastro-jéjunostomie transmésocolique postérieure à la Finsterer.
L'examen de la pièce opératoire décelait un *ulcus duodénal en activité* et un ulcus jéjunal ou peptique.
Excellents résultats.

LX Obs. — M. G... Ulcus bulbaire.

Intervention le 21-4-32 : D^r Bouvier.

Gastrectomie large à la Finsterer.

Le malade a repris plusieurs kgs.

LXI Obs. — M. P... R... Ulcus bulbaire chez un jeune homme de 23 ans.

Intervention le 3 mai 1932 : D^r Bouvier.

Gastrectomie large à la Finsterer.

Résultats excellents. Tous sont fermés en un seul plan au fil de bronze, à quelques exceptions près.

LXII Obs. — M. C... Ce malade a déjà été opéré en 1929 d'une gastro-entérostomie pour ulcus de la petite courbure. Il souffre à nouveau, douleurs, amaigrissement, hématemèses.

Intervention le 3 mai 1932 : D^r Bouvier.

La bouche fonctionne bien. Gastrectomie en gouttière.

Très bons résultats.

L'anesthésie employée systématiquement est l'anesthésie générale au mélange de Schleich et Sédol avant l'intervention.

Quinze autres Gastrectomies larges ont été exécutées par le D^s Bouvier soit aux environs : Rethel, Vouziers, ou à la Clinique de l'Enfant Jésus, avec des résultats parfaits sans un seul mort.

OBSERVATIONS

Deuxième série d'observations recueillies dans notre Service d'interne à l'Hôpital Civil de Reims, grâce à la bienveillance de notre cher maître M. le D^r Bouvier, Chirurgien des Hôpitaux, à qui nous renouvelons toute notre gratitude.

I Obs. — H... L... Bacilliose pulmonaire, état général très précaire, alcoolisme. Le 12 avril 1927 a subi à Beaujon (Paris), une gastro-entérostomie pour ? Quelques jours après cette intervention le malade continue à souffrir et présente des vomissements continus.

Le 28 mai 1927 a subi une jéjunostomie à Beaujon. Quand nous voyons le malade les troubles digestifs persistent.

Intervention, 13 mai 1929 : D^s Bouvier.

Laparotomie sous-ombilicale médiane. On trouve le côlon adhérent à la paroi et les autres adhérentes entre elles. On détruit ces adhérences et on recherche les anciennes anastomoses : gastro-jéjunale et la jéjunostomie. Seule, la gastro-jéjunostomie subsiste. On défait la gastro-entérostomie et on rétablit la continuité des parois. On pratique ensuite une gastrectomie large, suivie d'une gastro-jéjunostomie nouvelle, car la première gênait la résection gastrique. Drainage. Fermeture en un seul plan au fil de bronze. Anesthésie au mélange de Schleich. — Résultats immédiats et éloignés excellents.

II Obs. — M. Eug... Ulcère de la petite courbure.

Intervention le 18 mai 1929 : D^s Bouvier.

Gastrectomie large et anastomose termino-terminale. — Anesthésie au mélange de Schleich. — Résultats immédiats très bons. — Le malade a été perdu de vue.

- III Obs. — M^{me} B... Ulcéro-cancer de la petite courbure juxta-pylorique.
Intervention le 19 octobre 1929 : D^r Bouvier.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Gastrectomie large avec curage ganglionnaire étendu. Section et enfouissement du bout duodénal. Section gastrique très haute en gouttière. Réduction de son étendue sur une longueur de 3 centimètres. Gastro-jéjunostomie transmésocolique postérieure.

Fermeture de la paroi en un seul plan, au fil de bronze. Anesthésie générale au mélange de Schleich. Discontinue, avec injection sous-cutanée de 1 centimètre cube de Sédol 1 heure avant l'intervention. — Très bons résultats immédiats, mais récidive au bout de 18 mois par métastases cancéreuses.

- IV Obs. — M^{me} B... Ulcus de la petite courbure haut situé. Estomac ptosé.

Intervention le 23 novembre 1929 : D^r Bouvier.

Gastrectomie annulaire, suivie d'anastomose bout à bout à la Péan. Sutures au fil de lin. Fermeture en un seul plan au fil de bronze. Anesthésie générale discontinue au mélange de Schleich. — Résultats très bons.

- V Obs. — M. M... Ulcus de la petite courbure, de la grosseur d'une pièce de 50 centimes adhérent intimement au pancréas.

Intervention, 20-1-30 : D^r Bouvier.

Gastro-pylorectomie suivie d'anastomose gastro-duodénal bout à bout à la Péan, après avoir réduit partiellement l'étendue de la tranche gastrique. Fermeture en un seul plan au fil de bronze. — Anesthésie générale discontinue au liquide de Schleich et Sédol. — Très bons résultats immédiats. — Malade perdu de vue.

- VI Obs. — M^{me} D... Cancer de la région pylorique.

Intervention le 3 mars 1930 : D^r Bouvier.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve des ganglions multiples le long des deux courbures. Décollement coloépiploïque. Toilette ganglionnaire sous et rétro-pylorique. Curage ganglionnaire de la petite courbure jusqu'au cardia. Libération, section basse et enfouissement du duodénum par trois plans au fil de lin. Ligatures et sections de la coronaire stomacique et pylorique. Section gastrique très haute. Réduction de la tranche gastrique et anastomose gastro-jéjunale termino-latérale. Le transit s'effectue sous les yeux et normalement. Anesthésie au mélange de Schleich, continue vu les grosses résections. Sédol. Fermeture de la paroi en un seul plan au fil de bronze. — Résultats immédiats et éloignés excellents.

- VII Obs. — M. Ch... C... Ulcus de la petite courbure haut situé.

Intervention le 28 avril 1930 : D^r Bouvier.

Laparotomie médiane. — L'estomac est très adhérent, lésions de périgastrite chronique, surtout du côté du foie.

Gastrectomie large, suivie d'une anastomose à la Péan bout à bout. Fermeture en un seul plan au fil de bronze. Anesthésie générale discontinue au mélange de Schleich-Sédol.

Ce malade est perdu de vue.

VIII Obs. — M. B... L... Ulcère justa-pylorique.

Intervention, 5 mai 1930 : D^r Bouvier.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. — L'ulcère est visible et palpable, juxta-pylorique. Nombreuses adhérences de l'épiploon au niveau du duodénum.

Section et enfouissement du duodénum. Large section gastrique, réduction de la tranche gastrique et anastomose gastro-jéjunale transmésocolique postérieure, termino-latérale à la Polya modifié. Fixation de la brèche mésocolique. Fermeture en un seul plan au fil de bronze. Anesthésie générale discontinue au Schleich-Sédol. — Résultats très bons.

IX Obs. M. C... A... Double ulcère de la petite courbure dont l'un extériorisé dans le pancréas.

Intervention le 19 mai 1930 : D^r Bouvier.

Libération de la grande courbure par ligatures et sections des différentes branches des gastro-épiploïques droite et gauche. Libération des adhérences de l'ulcère avec le pancréas. Libération de la petite courbure. Section et enfouissement soigneux du bout duodénal. Gastrectomie large suivie de gastro-jéjunostomie transmésocolique postérieure. Fixation de la broche mésocolique. — On laisse un drain à cause de la perforation d'un de ces ulcères au cours de l'intervention. Fermeture en un seul plan au fil de bronze. Anesthésie au Schleich discontinue et Sédol.

Ce malade a été vu le 1^{er} octobre 1930, a augmenté de 35 livres.

X Obs. — M. G... Ulcère de la petite courbure très haut situé.

Intervention le 19 mai 1930 : D^r Bouvier.

Gastrectomie en gouttière suivie gastro-jéjunostomie transmésocolique postérieure. — L'estomac en gouttière a été réduit en un tube régulier.

Drainage, vu l'extériorisation de l'ulcus et les nombreuses adhérences. — Très bons résultats éloignés malgré les suites opératoires immédiates un peu mouvementées. Anesthésie au mélange de Schleich et Sédol.

XI Obs. — M^{me} B... Ulcéro-cancer de la petite courbure très étendu, très mauvais état général, malade déprimée et épuisée par la faim et la souffrance.

Intervention le 23 mai 1930 : D^r Bouvier.

Anesthésie générale au Schleich. Gastrectomie presque totale avec important curage ganglionnaire. Gastro-jéjunostomie à la Polya.

Cette malade est morte quelques heures après l'intervention, par shock opératoire dû à son très mauvais état général.

La gastrectomie en 2 temps aurait été peut-être suivie d'une meilleure issue !

XII Obs. — M. R... D... Ulcère de la grande courbure extériorisé dans le pancréas (très gros).

Intervention le 26 mai 1930 : D^r Bouvier.

Anesthésie générale discontinue au mélange de Schleich-Sédol. Gastrectomie large à la Polya, suivie d'une gastro-jéjunostomie transmésocolique postérieure. — Nous procédons systématiquement à la fixation de la brèche mésocolique sur le segment antérieur et postérieur gastriques.

Mort au bout de 4 jours subitement par infarctus pulmonaire.

XIII Obs. — M^{me} Aub... Ulcus duodénal (avec syndrome duodénal complet).

Intervention le 28 juin 1930 : D^r Bouvier.

Gastro-pyloduodénectomie suivie d'anastomose gastro-jéjunale transmésocolique postérieure à la Polya.

Anesthésie locale à la novocaïne à 1 % et morphine scopolamine avant l'intervention.

Très bons résultats immédiats et éloignés.

XIV Obs. — M. M... M... Ulcus gastrique de la petite courbure.

Intervention le 25 août 1930 : D^r Bouvier.

Gastrectomie large à la Polya, suivie de gastrajéjunostomie transmésocolique postérieure. Fixation de la brèche mésocolique.

Anesthésie générale continue au mélange de Schleich.

Ce malade est perdu de vue.

XV Obs. — M. B... B... Ulcère de la petite courbure.

Intervention le 16 octobre 1930 : D^r Bouvier.

Resection gastrique large circulaire. Enfouissement soigneux en trois plans du bout duodénal. Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure.

Durée, 20 minutes. — Le malade nous a donné d'excellents renseignements sur son état de santé. — Anesthésie au Schleich et Sédol.

XVI Obs. — M. H... L... Ulcus de la petite courbure extériorisé dans le pancréas.

Anesthésie générale au Schleich discontinue.

Intervention le 20 octobre 1930 : D^r Bouvier.

Resection annulaire, avec enfouissement du bout duodénal, et anastomose à la Polya postérieure.

Mort 3 jours après l'intervention par complications pulmonaires.

XVII Obs. — M. M... L... Ulcus pylorique et jujunal (peptique). — Ce malade a subi 2 interventions chirurgicales dont la dernière, une gastro-entérostomie transmésocolique postérieure, par le Professeur Gosset.

1^{re} intervention. — Jéjuno-jéjunostomie ;

2^e intervention. — Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure.

2^e intervention le 6-11-30 : D^r Bouvier.

Gastrectomie large à la César Roux ou en Y... avec conservation de l'ancienne gastro-jéjunostomie.

Anesthésie générale au mélange de Schleich.

Fermeture de la paroi en un seul plan au fil de bronze.

Résultats immédiats et éloignés excellents.

XVIII Obs. — M^{me} C... Malade spécifique, elle a été hospitalisée pour des troubles digestifs divers. L'examen radiographique montrait une stérose médiogastrique très marquée et riche d'ulcus de la petite courbure haut situé, à qui probablement la sténose médiogastrique est redevable.

Anesthésie rachidienne haute à la novocaïne.

Intervention le 4-12-30 : D^r Bouvier.

Laparotomie sus-ombilicale médiane. Exploration de l'ulcus qui est extériorisé dans le pancréas.

Libération des courbures très difficile, vu les nombreuses adhérences. Gastrectomie large suivant le procédé du Dr Bouvier. Anastomose latéro-latérale.

Résultats très bons. La malade ne souffre plus et a repris plusieurs kgs.

XIX Obs. — M^{me} P... Double ulcus : pylorique et duodéal (bulbe), avec sténose médiogastrique.

Anesthésie rachidienne à la percaïne, 2 à 3 cm³ entre la 12 D. et 1^{re} lombaire.

Intervention le 13-12-30 : Dr Bouvier.

Ulcère extériorisé dans le pancréas. De ce fait, la libération des courbures est très difficile.

Gastrectomie large suivant le procédé du Dr Bouvier : shock opératoire (bulbaire) très prolongé. — Très bons résultats éloignés.

XX Obs. — M^{me} D... L... Ulcère d'une grosseur de 2 francs de la 1^{re} portion du duodénum.

Intervention le 12-1-31 : Dr Bouvier.

Anesthésie générale discontinue au Schleich-Sédol. Gastrectomie large à la Polya, suivie de gastro-jéjunostomie transmésocolique postérieure. Fixation de la brèche mésocolique. Fermeture de la paroi en un seul plan. — Résultats excellents.

XXI Obs. — M. A... L... Ulcus de la petite courbure haut situé.

Intervention le 24-12-31 : Dr Bouvier.

Anesthésie intra-rachidienne haute à la percaïne. Gastrectomie large, procédé à la Péan bout à bout.

Ce malade, très shocké, est mort quelques heures après l'intervention par hémorragie gastrique.

XXII Obs. — M. L... P... Double ulcus jéjunal au niveau de la bouche d'une ancienne gastro-entérostomie. Malade opéré en mai 1930 de gastro-entérostomie pour ? Il revient avec 2 ulcères peptiques-parabuccaux.

Anesthésie locale à la novocaïne à 1 % pour laparotomie, puis anesthésie générale discontinue au mélange de Schleich.

Intervention le 26-9-31, par le Dr Bouvier.

Résection des ulcères jéjunaux. Gastrectomie large suivant le procédé de César Roux en Y : Gastro-jéjuno et jéjuno-jéjunostomie. Fermeture de la paroi en un seul plan.

Résultats très bons.

XXIII Obs. — Mlle E... M... Ulcère jéjunal (peptique). Cette malade a été opérée de gastro-entérostomie en décembre 1930 pour ulcus antipylorique.

Elle revient pour vives douleurs gastriques basses et hématemèses. La radiographie reste négative.

Anesthésie générale discontinue au Schleich.

Intervention le 16-2-31 : Dr Bouvier.

Laparotomie sus-ombilicale médiane. Peu d'adhérence de l'ancienne gastro-entérostomie, ou dégastro-entérostomie, on rétablit la continuité du jéjunum. Excision de l'ulcère peptique.

Gastro pylorectomose large. Section et enfouissement du bout duodénal. Fermeture complète de la tranche gastrique et anastomose gastro-jéjunale, latéro-latérale suivant le procédé de Bouvier, de Reims.

Résultats très bons.

XXIV Obs. — M. F... Ulcus de la petite courbure. Etat général précaire, malade épuisé par les hématemèses antérieures.

Anesthésie générale discontinue ou Schleich-Sédol.

Intervention le 2-3-31 : D^r Bouvier.

Gastrectomie large à la Polya.

Ce malade est mort le 5^e jour de son intervention (par hématemèses, Anuric).

XXV Obs. — M. L... Ulcus jéjunal (peptique) au niveau de la bouche d'une ancienne gastro-entérostomie pour ulcus duodénal en 1930.

Anesthésie intrarachidienne haute à la percaïne.

Intervention le 2-3-31 : D^r Bouvier.

On libère les nombreuses adhérentes vébuccales et épiploïques, on défait l'ancienne gastro et on rétablit la continuité du jéjunum. Gastrectomie large à la Péan, bout à bout.

Ce malade est mort 8 jours après l'intervention, après avoir présenté de multiples hémorragies gastriques.

XXVI Obs. — Sch... A... Ulcus térébrant prépylorique perforé dans le foie un mois avant sa gastrectomie, est resté méconnu du malade et du médecin traitant.

Anesthésie générale au Schleich discontinue Sédol.

Intervention le 30-3-31 : D^r Bouvier.

Laparotomie sus-ombilicale médiane nombreuses adhérentes du côté de la face inférieure du foie. Gastrectomie large et anastomose bout à bout à la Péan.

Ce malade ainsi que son observation très intéressante (du fait de la perforation méconnue du malade et du médecin traitant et de son jeune âge (26 ans), ainsi que du résultat frappant, a été présentée à la Société Médicale Rémoise 16 jours après l'intervention, où le malade avait déjà repris quelques kilos.

Résultats éloignés excellents, 10 kilos en 3 mois.

XXVII Obs. — M^{me} F... M... Cancer étendu de la grande courbure avec ganglions nombreux le long des courbures. Etat général précaire, anémie très marquée par plusieurs hématemèses antérieures.

Anesthésie générale discontinue au mélange de Schleich.

Intervention le 11 mai 1932 : D^r Bouvier.

Laparotomie susombilicale médiane. Estomac ptosé. On libère les adhérences postérieures, tenant surtout au nasocolon.

Curage ganglionnaire très étendu. Décollement calocpiploïque complet. Gastrectomie très large, suivie d'anastomose bout à bout.

Ce fut une véritable résurrection, la malade ayant pris plusieurs kgs en quelques mois.

XXVIII Obs. — M^m Sch... S... Sténosé cicatricielle complète par ancien ulcus pylorique mis en activité.

Etat général précaire. Dénutrition, amaigrissement considérable.

Anesthésie générale, discontinue au Schleich.

Intervention le 20-7-31 : D^r Bouvier.

Laparotomie susombilicale médiane, gastrectomie partielle suivie de gastro-entérostomie transmésocolique postérieure à la Polya.

Résultats immédiats favorables, mais la malade meurt le 26 juillet 1931 d'urémie.

XXIX Obs. — M. C... E... Ulcus duodénal (plusieurs hématemèses).

Anesthésie diocontrique au mélange de Schleich.

Intervention le 1^{er} août 1931 : D^r Bouvier.

Gastrectomie large, suivie d'anastomose bout à bout à la Péan.

Fermeture de la paroi en un seul plan au fils de bronze.

Résultats très bons.

XXX Obs. — Cancer de la petite courbure étendu avec adénopathie profonde. Etat général précaire.

Anesthésie générale discontinue au mélange de Schleich-Sédol.

Intervention le 24-8-1931 : D^r Bouvier.

Laparotomie susombilicale médiane. Décollement colo épiploïque. Curage ganglion très soigneux de tous les groupes ganglionnaires.

Gastrectomie large à la Polya suivie de gastro-jéjunostomie.

Fermeture de la paroi en un seul plan au fil de bronze.

Ce malade est mort 8 jours après l'intervention, d'une complication pulmonaire (pneumonie massive).

XXXI Obs. — M. M... J... Gros ulcère de la petite courbure extériorisé dans la tête du pancréas.

Anesthésie générale discontinue au mélange de Schleich.

Intervention le 20-10-31 : D^r Bouvier.

Laparotomie médiane susombilicale.

Gastrectomie large, suivie de gastro-jéjunostomie transmésocolique postérieure termino-latérale, suivant le procédé de Polya.

Fermeture de la paroi en un seul plan au fil de bronze.

Résultats très bons.

XXXII Obs. — M. S... G... Gros ulcère gastrique de la petite courbure très haut situé, pas de sténosepylorique. Anesthésie générale discontinue au mélange de Schleich-Sédol.

Intervention le 26-10-31 : D^r Bouvier.

Gastrectomie large. Section et enfouissement du bout duodénal. Section gastrique très haute, suivie d'anastomose gastro-jéjunale termino-latérale, suivant le procédé de Polya, modifié. Fermeture de la paroi en un seul plan au fil de bronze.

Les résultats, immédiats et éloignés, sont excellents. Le malade revu à plusieurs reprises, a augmenté de plusieurs kgr et il se porte parfaitement bien.

XXXIII Obs. — M. M... P... Ulcère géant prépylorique.

Anesthésie générale discontinue au mélange de Schleich et Sédol.

Intervention le 26-10-31 : D^r Bouvier.

Laparotomie médiane susombilicale, gastrectomie large et anastomose bout à bout, suivant le procédé de Péan.

Fermeture de la paroi en un seul plan au fil de bronze. Suites opératoires banales.

Résultats excellents.

XXXIV Obs. — M^{me} J... Ulcère pylorique en évolution avec sténose complète. Ulcère cancer avec adéno-carcinome profonde très étendue.
Anesthésie générale discontinuée au mélange de Schleich-Sédol.
Intervention le 2-11-31 : Dr Bouvier.

Gastrectomie large, suivant le procédé de Polya, suites opératoires banales.

Résultats assez bons.

XXXV Obs. — M. M... A... Ulcus duodénal de la première portion avec syndromes duodénal net, hématemèse et malaises répétés.

Anesthésie générale discontinuée au Schleich et Sédol.

Intervention le 16-11-31 : Dr Bouvier.

Laparotomie médiane susombilicale.

Gastro-pyloro duo denectomie large suivant le procédé de Polya.

Fermeture de la paroi en 3 plans au calgut et aux crins de Florence.

Résultats excellents.

XXXVI Obs. — M. G... I... Ulcus de la petite courbure pré-pylorique.

Anesthésie générale discontinuée au Schleich et Sédol.

Intervention le 23-11-31 : Dr Bouvier.

Laparotomie médiane susombilicale.

Gastro-pylorectomie large, suivant le procédé de Polya. Durant l'intervention, on s'aperçoit que le duodénum enfoui soigneusement saigne abondamment dans sa lumière, c'est pourquoi pendant plusieurs jours après l'intervention, le malade présentait des selles noires, marc de café. Malgré cet incident, les suites opératoires furent des plus banales.

Résultats très bons.

XXXVII Obs. — M^{me} Aug. L... Cancer de l'estomac. Infiltration du pylore et toute la petite courbure.

Anesthésie générale discontinuée au mélange de Schleich et Sédol.

Intervention 30-11-31 : Dr Bouvier.

Laparotomie sus-ombilicale médiane.

Décollement colo-pylorique. Curage ganglionnaire très large.

Gastrectomie très large suivant le procédé de Polya.

L'hémostase des courbures est particulièrement difficile à cause de l'infiltration néoplasique des tissus.

Résultats très bons, mais la malade a fait une fistule duodénale, ayant cachectisée la malade, qui est morte 3 semaines après l'intervention.

XXXVIII Obs. — M. R... G... Ulcus de la petite courbure prépylorique, malade fatigué et alcoolique invétéré.

Anesthésie générale discontinuée au Schleich et Sédol.

Intervention le 14-12-31 : Dr Bouvier.

Gastrectomie large et anastomose bout à bout, suivant le procédé de Péan.

Fermeture de la paroi en un seul plan au fil de bronze. Suites opératoires traînantes, car le malade, très fatigué, a fait quelques accidents pulmonaires, mais il s'est rétabli définitivement.

XXXIX Obs. — G... R... Double ulcère de la petite courbure dont l'un en évolution prépylorique, antécédents gastriques nets remontant à 2 ans.

Anesthésie générale au Schleich discontinue et Sédol.

Intervention le 16-12-31 : D^r Bouvier.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. — On libère les adhérences de péricarite chronique, surtout au niveau de la face inférieure du foie (vestiges d'un ancien ulcère éteint).

Gastrectomie large, anastomose bout à bout suivant le procédé de Péan.

Fermeture de la paroi en un seul plan au fil de bronze, suites opératoires banales.

Résultats excellents. — Le malade, revu plusieurs fois depuis son intervention, a repris plusieurs kgs et se porte admirablement.

XL Obs. — V... R... Malade de 59 ans opéré en 1926 de gastro-entérostomie pour ulcus pylorique. Actuellement continue à souffrir de l'estomac et la région pylorique est extrêmement sensible à la palpation.

Anesthésie générale discontinue au Schleich et Sédol.

Intervention le 1-2-32 : D^r Bouvier.

Laparotomie médiane susombilicale. Gastrectomie large avec anastomose bout à bout suivant le procédé de Péan.

Fermeture de la paroi en un seul plan au fil de bronze. —

L'examen de la pièce révèle un ulcus pylorique en évolution.

Suites opératoires banales.

Résultats excellents.

XLI Obs. — M^{me} M... J... Ulcus géant médiogastrique, extériorisé dans le pancréas. — Malade très fatiguée, avec antécédents éloignés de bacillose pulmonaire.

Anesthésie générale discontinue au mélange de Schleich et Sédol.

Intervention le 8-2-1932 : D^r Bouvier.

Gastrectomie large suivant le procédé de Polya.

Suites opératoires banales.

Résultats éloignés parfaits. La malade a repris plusieurs kgs depuis l'intervention.

XLII Obs. — M^{lle} H... M..., 26 ans Cette jeune malade est arrivée à l'Hôpital d'urgence, dans le service du D^r Bouvier, pour perforation d'ulcus gastrique.

Lorsqu'on examina la malade (interrogatoire d'ailleurs restant malaisé, la malade ne comprenant notre langue) on décèle une douleur extrêmement vive au palper, dans la région duodénopylorique, avec légère contracture, ne paraissant pas suffisante pour indiquer le diagnostic de perforation et l'intervention d'urgence.

Par ailleurs, la glace et la diète absolues ont eu raison de cette fausse perforation.

Radiologiquement on apprenait le résultat suivant : « Rigidité étendue de la petite courbure assez haut située due à un ancien ulcère, actuellement de nouveau en évolution ».

L'interrogatoire, malgré sa difficulté, nous apprenait que cette jeune polonaise avait des antécédents gastriques et duodénaux nets, avec des hématemèses abondants avant son hospitalisation.

Intervention le 21-2-32 : Dr Bouvier.

Sous-anesthésie générale continue au Schleich. Laparotomie médiane sus-ombilicale. On rencontre quelques adhérences ou brides fibreuses du côté du duodénum, mais sa palpation ne permet pas de sentir quelque anomalie.

Gastro-pylorectomie large suivant le procédé de Polya. Fermeture en un seul plan au fil de bronze. Suites opératoires un peu inquiétantes, car la malade, très agitée, avait rendue pendant plusieurs jours du liquide gastrique.

Résultats excellents. — La malade a quitté le service guérie.

XLIII Obs. — M^{me} L... J... Ulcère peptique au niveau de la bouche d'une ancienne gastro-entérostomie exécutée un an auparavant pour des troubles digestifs. Actuellement elle continue à souffrir, peut-être plus qu'avant, comme un ulcéreux.

Anesthésie générale au Schleich discontinue et Sédol.

Intervention le 30-3-32 : Dr Bouvier.

Laparotomie sus-ombilicale médiane. On libère les adhérences de l'ancienne gastro. Gros ulcère peptique au niveau de la bouche anastomotique. Excision de l'ulcère et rétablissement de la continuité du jéjunum.

Gastrectomie large suivant le procédé de Polya, suivie de gastro-jéjunostomie plus basse que la précédente. Suites opératoires banales. — *Résultats très bons.*

XLIV Obs. — M^{me} Cl... D... Ulcus de la petite courbure haut situé. Hématemèses abondantes ayant failli lui être fatales. Passé gastrique net, depuis plusieurs années. Malade très fatiguée.

Anesthésie générale au mélange de Schleich discontinue.

Intervention le 11-4-32 : Dr Bouvier.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Gastrectomie large suivant le procédé de FINSTERER.

Libération de la grande courbure par ligatures et sections des différentes branches des artères gastro-épiploïques gauche et droite. Libération du duodénum et de la petite courbure. Section après ligature de la pylorique et de la coronaire stomacique.

Section et enfouissement en trois plans du duodénum. Gastro-jéjunostomie transmésocolique postérieure. Section de la tranche gastrique au fur et à mesure que les sections de la gastro-jéjunostomie sont faites. Fixation de la brèche mésocolique, d'abord de la lèvre postérieure et droite sur le segment gastrique postérieur par des points séparés, puis de la lèvre antérieure et gauche avec le segment gastrique antérieur.

Fermeture de la paroi en un seul plan au fil de bronze. Suites opératoires banales. — *Résultats excellents.*

XLV Obs. — M. B... Gros ulcère de la petite courbure. Antécédents de bacillose pulmonaire, alcoolisme, paludisme, avec artério-sclérose très prononcée. Etat général précaire.

Anesthésie générale discontinue au mélange de Schleich.

Intervention le 25-4-32 : Dr Bouvier.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Gastrectomie large suivant le procédé de Finsterer.

Le malade est mort 2 heures 1/2 après l'intervention, d'hémorragie interne, sans pouvoir localiser la provenance.

XLVI Obs. — M^{me} O... Ulcéro-cancer de la petite courbure assez étendu et extériorisé dans le mésocolon transverse. Multiples ganglions néoplasiques épars. Mauvais état général. Malade jaune paille extrêmement amaigrie et deshydratée.

Anesthésie générale discontinuée au Schleich et Sédol.

Intervention le 27-4-32 : D^r Ledoux.

Laparotomie médiane sus-ombilicale dans le but de faire une simple gastro-entérostomie.

Après exérèse du grand épiploon et libération de la grande courbure, on détruit les adhérences formées du côté de l'extériorisation de l'ulcéro-cancer avec le colon transverse. On libère la petite courbure. Libération, section et enfouissement du duodénum après avoir ligaturé et sectionné la pylorique et l'artère coronaire stomacique, curage ganglionnaire poussé assez loin pour les groupes ganglionnaires sous et rétro-pyloriques. Puis, gastrectomie large suivant le procédé de Finsterer.

Fermeture en un seul plan au fil de bronze.

Suites immédiates parfaitement banales.

La malade ne souffre pas et s'alimente avec voracité. Son état général s'est déjà amélioré. Souhaitons que la survie soit des plus longue.

XLVII Obs. — M. G... Ulcère térébrant de la petite courbure en activité. Hémorragies, douleurs, amaigrissement. Début remontant à plusieurs années.

Anesthésie générale discontinuée au Schleich et Sédol.

Intervention le 30 mai 1932 : D^r Bouvier.

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Gastrectomie large suivant le procédé de Finsterer. Suites opératoires banales. — Résultats immédiats excellents.

RESULTATS STATISTIQUES DE NOS OBSERVATIONS

Les cent neuf observations se répartissent comme suit :

Cancers : 32.

Ulcères : 77, dont 5 *peptiques*.

Mortalité due au cancer : 10,2 %.

Mortalité due à l'ulcère : 11,1 %.

CONCLUSION

Alors que tout a été dit par les voies les plus autorisées, sur les indications respectives de la gastro-jéjunostomie et de la gastrectomie dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux, il n'en est pas moins vrai que la discussion est loin d'être close entre partisans de l'une et de l'autre.

Il ne faut surtout pas médire de la gastro-entérostomie, opération simple, bénigne, rapide, parfaitement réglée, et par conséquent à la portée de tous.

Elle a fait ses preuves et elle compte à son actif de très belles survies, voire même de nombreuses guérisons, surtout dans les ulcères cicatrisés bas, situés et sténosants.

Mais il faut reconnaître que dans les ulcères haut situés, dans les ulcères térébrants extériorisés dans le foie ou dans le pancréas, dans certains ulcères hémorragiques, et en général dans tous les ulcères en activité, la gastro-entérostomie simple compte à son passif des insuccès, des guérisons incomplètes, des récidives, des complications graves, telles que hémorragies, perforations, ulcères peptiques, cancérisation, qui exposent le malade à des accidents graves et nécessitent souvent des résections secondaires, particulièrement laborieuses et incontestablement graves.

Ce sont ces insuccès qui mettent en valeur les avantages de la gastrectomie.

Durant les trois années d'internat que nous avons passé à Reims, dans le service de notre cher Maître le Docteur Bouvier, nous avons eu la bonne fortune d'assister à de nombreuses interventions gastriques : gastrectomies larges, suivant des techniques variées, et nous avons pu nous rendre compte que la gastrectomie, opération plus longue et plus laborieuse que la simple anastomose, pratiquée par des mains expertes, dans un milieu approprié, avec un bon

outillage, des aides entraînés et familiarisés avec la chirurgie digestive, constituait une intervention de grande chirurgie, dont les risques ne dépassaient de beaucoup ceux de la simple anastomose et dont les résultats immédiats et lointains étaient incomparablement meilleurs, plus constants et exempts de complications.

Aussi sommes-nous convaincus que, de plus en plus, et chaque fois que l'état général du malade le permettra, la dérivation simple gastro-jéjunale cédera le pas à la résection gastro-pylorique large, qui dans l'état actuel de nos connaissances, constitue le traitement rationnel et le plus efficace de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale.

Vu : *Le Doyen,*
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse,*
CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

Typographie et Lithographie MATOT-BRAINE

: : : : 9, Rue de l'Écu, 9 : : : :

: : 2, Rue du Cadran-Saint-Pierre, 2 : :

: : : : : REIMS : : : : :

23.936-32

Imprimerie
MATOT-BRAINE
REIMS
